

NUMER KODOWY.....

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0		2	3	4	5	6	7	8	9

**cem** EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ  
JESIEŃ 2020

1	A	B	C	D	E
61	A	B	C	D	E

**Nr 1.** U 25-letniej kobiety stwierdzono szybko rosnący, 9-centymetrowy guz tkanek miękkich zlokalizowany w obrębie mięśnia przywodziciela wielkiego uda. W wykonanych badaniach obrazowych i biopsji stwierdzono mięsaka Ewinga (potwierdzonego cytogenetycznie FISH z użyciem sondy EWSR) bez cech przerzutów odległych. Jakie jest najwłaściwsze postępowanie terapeutyczne?

- A. wycięcie radykalne nowotworu z chemioterapią uzupełniającą.
- B. resekcja przedziału mięśniowego.
- C. chemioterapia neoadjuwantowa, resekcja radykalna z zaoszczędzeniem kończyny skojarzona z chemioterapią adjuwantową i radioterapią okołooperacyjną.
- D. wyluszczenie w stawie biodrowym.
- E. resekcja miejscowa guza z uzupełniającą radykalną radioterapią.

**Nr 2.** Po wycięciu radykalnym (klinowym) nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego żołądka wielkości 3 cm z indeksem mitotycznym 4/50 HPF i obecnością mutacji *PDGFRA D842V* należy:

- A. zastosować uzupełniającą radioterapię.
- B. poddać chorego jedynie obserwacji pod postacią TK jamy brzusznej i miednicy lub ultrasonografii jamy brzusznej co 6-12 miesięcy przez 5 lat.
- C. zastosować uzupełniającą chemioterapię wielolekową.
- D. zalecić uzupełniającą terapię imatynibem przez rok.
- E. zalecić uzupełniającą terapię imatynibem w dawce 400 mg/dobę przez 3 lata.

**Nr 3.** U chorego lat 45 stwierdzono guz tkanek miękkich grzbietu zlokalizowany nadpowięziowo związany ze skórą, wielkości 5 cm. Z biopsji gruboigłowej rozpoznano *dermatofibrosarcoma protuberans*, nie stwierdzono zmian przerzutowych. Jakie jest najwłaściwsze postępowanie po ocenie wielospecjalistycznej?

- A. radioterapia przedoperacyjna i wycięcie z częścią mięśni grzbietu.
- B. zastosowanie imatynibu, a następnie ewentualna resekcja zmian resztkowych.
- C. wycięcie miejscowe z radioterapią pooperacyjną.
- D. wycięcie miejscowe z chemioterapią okołooperacyjną.
- E. szerokie wycięcie miejscowe z preferowanym marginesem 2-3 cm.

**Nr 4.** U 65-letniego mężczyzny stwierdzono wolno rosnący, 6-centymetrowy guz tkanek miękkich zlokalizowany w obrębie mięśnia dwugłowego uda. W wykonanych badaniach obrazowych i biopsji stwierdzono mięsaka typu *myxofibrosarcoma* G2 bez cech przerzutów odległych. Jakie jest najwłaściwsze postępowanie terapeutyczne?

- A. resekcja miejscowa mięsaka z fragmentem mięśnia i dalsza ścisła kontrola.
- B. wycięcie radykalne nowotworu z chemioterapią uzupełniającą.
- C. amputacja udowa.
- D. chemioterapia neoadjuwantowa, resekcja radykalna z zaoszczędzeniem kończyny skojarzona z chemioterapią adjuwantową i radioterapią okołooperacyjną.
- E. resekcja miejscowa guza z uzupełniającą radykalną radioterapią okołooperacyjną.

**Nr 5.** 34-letnia chora zgłosiła się z powodu guzowatej masy wielkości 9 cm zlokalizowanej w obrębie trzonu łopatki. W wykonanych badaniach obrazowych i biopsji stwierdzono kostniakomięsaka o wysokim stopniu złośliwości bez cech przerzutów odległych. Jakie jest najwłaściwsze postępowanie terapeutyczne?

- A. resekcja łopatki z ewentualnym zaoszczędzeniem stawu barkowego.
- B. wycięcie radykalne nowotworu z implantacją protezy i chemioterapią uzupełniającą.
- C. amputacja kończyny górnej wraz z łopatką.
- D. chemioterapia neoadjuwantowa, resekcja radykalna z zaoszczędzeniem kończyny skojarzona z chemioterapią adjuwantową.
- E. resekcja miejscowa guza z uzupełniającą radykalną radioterapią.

**Nr 6.** Do zalet radioterapii przedoperacyjnej nie należy:

- A. lepiej określona i mniejsza objętość napromieniania.
- B. lepsze ukrwienie i utlenowanie tkanek, a więc możliwość podania mniejszej dawki radioterapii.
- C. zmniejszenie ryzyka powikłań w gojeniu rany pooperacyjnej.
- D. ułatwienie wykonania radykalnej operacji oszczędzającej w lokalizacji kończynowej.
- E. potencjalne ograniczenie mikroprzerzutów i wszczepów komórek mięsaka w łożu pooperacyjnej.

**Nr 7.** Spośród poniższych, prawdziwe są następujące stwierdzenia dotyczące diagnostyki i leczenia nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego:

- 1) najczęstszą pierwotną lokalizacją GIST jest żołądek;
- 2) decyzja o zastosowaniu leczenia uzupełniającego imatynibem musi uwzględniać ocenę mutacji pierwotnego GIST;
- 3) obecnie standardem leczenia pierwszej linii u chorych ze zmianami niemożliwymi do wycięcia, nawrotowymi lub przerzutami jest sunitynib;
- 4) w leczeniu chirurgicznym GIST żołądka kluczowe jest wykonanie regionalnej limfadenektomii;
- 5) w stopniu I zaawansowania nie ma bezwzględnych wskazań do regularnej kontroli, można rozważyć badanie ultrasonografii lub TK jamy brzusznej i miednicy raz w roku.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,5.      B. 1,3,4.      C. 3,4,5.      D. 2,3,4.      E. 1,2,3.

**Nr 8.** Chory na GIST jelita cienkiego z pojedynczym przerzutem śródtrzewnowym powinien być:

- A. zakwalifikowany do leczenia imatynibem, a w przypadku utrzymującej się odpowiedzi na leczenie można rozważyć metastazektomię.
- B. zakwalifikowany do leczenia sunitynibem.
- C. poddany radykalnej metastazektomii i ścisłej obserwacji.
- D. bezwzględnie poddany oznaczeniu aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).
- E. poddany ocenie rodzaju mutacji KIT i w zależności od tego wyniku wdrożyć należy imatynib lub sunitynib.

**Nr 9.** Które z poniższych stwierdzeń dotyczące leczenia nowotworów tkanek miękkich jest prawdziwe:

- 1) badaniem obrazowym z wyboru w przypadku oceny mięsaków tkanek miękkich o lokalizacji kończynowej i powłok tułowia jest rezonans magnetyczny z kontrastem;
- 2) blizna po wykonanej biopsji diagnostycznej jest z reguły usuwana podczas radykalnej operacji mięsaka;
- 3) przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych najczęściej występują w *leiomyosarcoma*;
- 4) w większości przypadków podstawowym objawem mięsaka tkanek miękkich jest bolesny guz, najczęściej zlokalizowany podpowięziowo;
- 5) jako wyjściowe postępowanie w przypadku włókniakowatości (*aggressive fibromatosis*) najczęściej proponowane obecnie jest leczenie zachowawcze i czynna obserwacja, bowiem wyniki czynnej obserwacji wskazują, że jedynie u około 20% chorych dochodzi do progresji choroby, u części obserwowanych chorych stwierdza się nie tylko stabilizację, ale również spontaniczną regresję;
- 6) w przypadku tłuszczakomięsaka zlokalizowanego w przestrzeni zaotrzewnowej najczęstszym narządem usuwanym podczas radykalnej operacji jest nerka.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3,4,5.      **B.** 1,2,4,6.      **C.** 1,2,5,6.      **D.** 1,2,4,5.      **E.** 1,2,3,5.

**Nr 10.** Stwierdzenie nieprawdziwe dotyczące nowotworów złośliwych skóry to:

- A.** w leczeniu przerzutowego raka z komórek Merkla postępowaniem z wyboru jest zastosowanie immunoterapii anty-PD-L1 lub anty-PD-1.
- B.** po limfadenektomii terapeutycznej z powodu przerzutów regionalnych raka kolczystkomórkowego skóry zaleca się uzupełniającą radioterapię.
- C.** postać klasyczna mięsaka Kaposiego dotyczy najczęściej starszych mężczyzn i jest zlokalizowana na kończynach.
- D.** wismodegib (inhibitor hedgehog) jest stosowany w leczeniu zaawansowanego/przerzutowego raka kolczystkomórkowego skóry.
- E.** zespół Gorlina-Goltza dotyczy występowania mnogich raków podstawnkomórkowych skóry.

**Nr 11.** Najczęściej występującym podtypem gruczolaka wątrobowokomórkowego (HCA - *hepatocellular adenoma*) jest:

- A.** HCA z mutacją genu kodującego *HNF1 alfa*.
- B.** HCA z mutacją genu dla beta-kateniny.
- C.** HCA podtyp zapalny ((inflammatory).
- D.** HCA podtyp niesklasyfikowany.
- E.** wszystkie występują równie często.

**Nr 12.** Który z poniżej wymienionych pierwotnych guzów mezenchymalnych wątroby jest guzem złośliwym?

- A. naczylniakowatość naczyń chłonnych (*lymphangiomatosis*).
- B. naczylniak z naczyń chłonnych (*lymphangioma*).
- C. naczylniak jamisty (*cavernous haemangioma*).
- D. *mesenchymal hamartoma*.
- E. wszystkie wymienione guzy są łagodne.

**Nr 13.** Według aktualnych danych WHO, *International Agency for Research on Cancer* 2019, zapadalność na raka wątroby w Polsce wynosi:

- A. ok. 3,2/100 000 populacji i rośnie.
- B. ok. 4,7/100 000 populacji i rośnie.
- C. >6,4/100 000 populacji i jest stabilna w ostatnich latach.
- D. >8,4/100 000 i populacji i maleje w ostatnich latach.
- E. wszystkie wymienione dane są nieprawidłowe.

**Nr 14.** Kryteria kwalifikacji do transplantacji wątroby u chorych z marskością i rakiem wątrobowokomórkowym nie obejmują:

- A. liczby i wielkości ognisk HCC w wątrobie.
- B. stężenia alfafetoproteiny.
- C. stężenia markera CA 19-9.
- D. stopnia zróżnicowania G1/G2.
- E. stopnia regresji/progresji po leczeniu neoadiuwantowym.

**Nr 15.** U chorych z guzem Klatskina przedoperacyjne odbarczenie żółtaczk i drenaż dróg żółciowych jest wskazany w przypadkach:

- A. zapalenia dróg żółciowych (*cholangitis*).
- B. niedożywienia białkowo-kalorycznego.
- C. objawów niewydolności wątroby i nerek.
- D. neoadiuwantowej chemioterapii.
- E. wszystkich wyżej wymienionych.

**Nr 16.** Transplantacja wątroby jest akceptowanym sposobem leczenia chorych z nieresekcyjnym guzem wnęki wątroby pod warunkiem:

- A. rozwoju guza w przebiegu PSC.
- B. radioterapii i chemioterapii systemowej przed transplantacją.
- C. braku zmian przerzutowych pozawątrobowych.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B i C.

**Nr 17.** Wskaż twierdzenie falszywe dotyczące raka pęcherzyka żółciowego:

- A. rak pęcherzyka żółciowego współistnieje z kamcią pęcherzykową w ok. 50% przypadków.
- B. za czynnik ryzyka uznaje się infekcje bakteryjne dróg żółciowych, głównie *Salmonella typhi* i *paratyphi*.
- C. jedynie 0,19-3% przypadków raka pęcherzyka jest rozpoznawanych w I stopniu zaawansowania klinicznego (T1a, T1b).
- D. w grupie chorych z niewielkim klinicznym zaawansowaniem w 47% przypadków rozpoznanie jest stawiane śródoperacyjnie, w trakcie planowych cholecystektomii.
- E. w przypadkach niepowikłanej kamicy pęcherzyka żółciowego ryzyko rozwoju raka wynosi 0,2-3%.

**Nr 18.** Nadzór onkologiczny po resekcji ogniska przerzutowego z raka jelita grubego do wątroby (badania obrazowe, CEA, badania biochemiczne co 3 mies. przez 2 lata, potem co 6 mies. przez 5 lat) powinien dotyczyć:

- A. przerzutów synchronicznych.
- B. przerzutów metachronicznych po wielomiejscowej resekcji.
- C. chorych z genetycznie uwarunkowanym ryzykiem raka jelita grubego.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A i C.

**Nr 19.** Resekcja wątroby skojarzona z terapią inhibitorami kinazy tyrozynowej u chorych z przerzutami GIST do wątroby pozwala na uzyskanie:

- A. 5-letniego przeżycia ok. 30%, ze średnim czasem przeżycia 60 mies.
- B. 5-letniego przeżycia ok. 60%, ze średnim czasem przeżycia 60 mies.
- C. 5-letniego przeżycia ok. 75%, ze średnim czasem przeżycia 90-96 mies.
- D. 5-letniego przeżycia ok. 90%, ze średnim czasem przeżycia 90-96 mies.
- E. 5-letniego przeżycia ok. 90%, ze średnim czasem przeżycia ok. 10 lat.

**Nr 20.** Markerami immunohistochemicznymi przydatnymi do diagnostyki nowotworów neuroendokrynnych są:

- A. CD 117 i CD 34.
- B. CD 10.
- C. chromogranina A i synaptofizyna.
- D. desmina i MyoD1.
- E. MLH1, MSH2, MSH6, PMS2.

**Nr 21.** Który z wymienionych genów jest markerem predykcyjnym w raku jelita grubego?

- A. KIT.
- B. BRCA1 i BRCA2.
- C. ALK.
- D. KRAS.
- E. NMYC.

**Nr 22.** Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nowotworów neuroendokrynnych:

- A. nowotwór neuroendokrynnny wysoko zróżnicowany w żołądku (NET G1) ma postać polipa i usuwany jest endoskopowo.
- B. nowotwory neuroendokrynnne trzustki dzielone są na czynne i nieczynne hormonalnie.
- C. raki neuroendokrynnne w przewodzie pokarmowym wykazują indeks proliferacyjny Ki-67 powyżej 50%, a nowotwory wysoko zróżnicowane (NET G1 i NET G2) 50% i poniżej.
- D. wysoko zróżnicowane nowotwory neuroendokrynnne jelita cienkiego często dają przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych tworzących guz krezki.
- E. przerzuty do wątroby o morfologii wysoko zróżnicowanych nowotworów neuroendokrynnnych najczęściej pochodzą z jelita cienkiego i trzustki.

**Nr 23.** Do objawów klinicznych zespołu rakowiaka nie należy:

- A. rakowiakowa choroba serca (CHD).
- B. napadowe zaczerwienienie skóry (*flash*).
- C. teleangiektazje skóry.
- D. biegunki.
- E. niedomykalność i zwężenie zastawki mitralnej.

**Nr 24.** U chorych na czerniaka skóry, zbadanie obecności mutacji w genie *BRAF* w materiale utrwalonym oraz opcjonalnie *KIT* i *NRAS* jest zalecane u chorych w stopniu zaawansowania:

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) u chorych z uogólnionym czerniakiem skóry;
- 5) u chorych na pierwotnego czerniaka błon śluzowych bez przerzutów.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2.      B. 2,3.      C. 1,2,3.      D. 3 i 4.      E. wszystkie wymienione.

**Nr 25.** Do biopsji węzła chłonnego wartowniczego kwalifikują się chorzy na czerniaka skóry:

- A. po biopsji wycinającej z rozpoznaniem czerniaka skóry potwierdzonym badaniem histopatologicznym.
- B. z grubością nacieku wg klasyfikacji Breslowa  $\geq 0,8$  mm.
- C. z owrzodzeniem lub mikroowrzodzeniem na powierzchni czerniaka, niezależnie od grubości nacieku wg klasyfikacji Breslowa.
- D. bez klinicznych cech przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i narządach odległych.
- E. wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

**Nr 26.** Do wykonania biopsji węzła chłonного wartowniczego u chorych na czerniaka skóry zalecana jest metoda:

- A. limfoscyntygrafii przedoperacyjnej oraz śródoperacyjnej limfoscyntygrafii połączonej z wybarwieniem.
- B. nieizotopowa metoda z użyciem superparamagnetycznego tlenku żelaza (SPIO).
- C. fluorescencyjna metoda z użyciem zieleni indocyjaninowej.
- D. wyłącznie śródoperacyjnego wybarwienia.
- E. żadna z powyższych.

**Nr 27.** U chorych na czerniaka skóry zalecany margines wycięcia blizny po biopsji wycinającej zmiany pierwotnej wynosi:

- 1) czerniak *in situ* – margines 5 mm;
- 2) czerniak o grubości  $\leq 2$  mm – margines 1cm, bez powięzi powierzchownej;
- 3) czerniak o grubości  $> 2$  mm – margines 1,5 cm;
- 4) czerniak o grubości  $> 4$  mm – margines co najmniej 2 cm;
- 5) margines zależny od okolicy operowanej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. tylko 1.      B. 1 i 2.      C. 1 i 3.      D. 1 i 4.      E. tylko 5.

**Nr 28.** W przypadku przerzutów *in-transit* u chorych na czerniaka skóry postępowanie obejmuje:

- 1) jeśli zmiany są policzalne (do 10) i resekcyjne - wycięcie z marginesem mikroskopowym wolnym od nacieku czerniaka;
- 2) w przypadku zmian mnogich/nieresekcyjnych należy rozważyć zastosowanie metod ablacyjnych, radioterapii, krioterapii, immunoterapii doguzowej lub miejscowej, elektrochemioterapii lub leczenia systemowego;
- 3) w przypadku rozległych, mnogich zmian zlokalizowanych na kończynie preferowana jest izolowana chemioterapia perfuzyjna kończynowa w hipertermii, ewentualnie leczenie systemowe;
- 4) wyłącznie radioterapię;
- 5) wyłącznie immunoterapię.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. tylko 1.      B. 1,2.      C. 1,2,3.      D. tylko 4.      E. tylko 5.

**Nr 29.** Zalecany margines radykalnego wycięcia ogniska pierwotnego czerniaka skóry przy grubości wg skali Breslowa do 2 mm (pT1, pT2) wynosi:

- A. 0,5 cm.      B. 1 cm.      C. 1,5 cm.      D. 2 cm.      E. 3 cm.



**Nr 30.** Wskaż zdanie nieprawdziwe:

- A. czerniaki desmoplastyczne mają większą tendencję do miejscowych nawrotów i zaleca się stosowanie szerokich marginesów wycięcia nawet 3 cm.
- B. obecność satelitarnych guzków w czerniaku jest złym czynnikiem rokowniczym dla przeżyć odległych i nawrotów.
- C. czerniaki podpaznokciowe w radykalnym postępowaniu chirurgicznym wymagają amputacji dystalnego paliczka.
- D. w czerniaku sromu – podobnie do innych zmian błon śluzowych – ryzyko nawrotów i odległych przerzutów jest niskie.
- E. wszystkie są prawdziwe.

**Nr 31.** W sytuacji, gdy wielkość, lokalizacja lub wieloogniskowość czerniaka nie pozwalają na przeprowadzenie radykalnego leczenia chirurgicznego, do zalecanych metod leczenia należą:

- A. izolowaną perfuzję kończynową z hipertermią HILP.
- B. elektrochemioterapia ECT.
- C. radioterapię.
- D. leczenie systemowe.
- E. wszystkie wymienione.

**Nr 32.** Lekiem immunomodulującym zarejestrowanym do leczenia chorych na zaawansowanego czerniaka jest:

- A. pemrolizumab.
- B. T-VEC.
- C. wemurafenib.
- D. dabrafenib.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A i B.

**Nr 33.** Czerniak o grubości 1,5 mm z przerzutami do 1 węzła chłonnego regionalnego stanowi kategorię:

- A. IB.    B. IIA.    C. IIB.    D. IIIA.    E. żadne z wymienionych.

**Nr 34.** Wskaż stwierdzenia prawdziwe w odniesieniu do wczesnego raka żołądka:

- A. jest definiowany jako nowotwór, w którym inwazja guza ogranicza się do błony śluzowej lub podśluzowej (zaawansowanie T1), niezależnie od obecności przerzutów do węzłów chłonnych.
- B. 5-letnie przeżycie przekracza 90–95%.
- C. jeżeli głębokość naciekania ściany żołądka jest większa niż 500 µm, prawdopodobieństwo przerzutów wzrasta do ok. 20%
- D. prawdziwe są odpowiedzi A, B i C.
- E. żadne z wymienionych.

**Nr 35.** Laparoscopia diagnostyczna (ang. *staging laparoscopy*) jest elementem procesu diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na raka żołądka:

- 1) rekomendowana u chorych w stadium IB–III, celem wykluczenia niewidocznego w badaniach obrazowych (TK) rozsiewu dootrzewnowego;
- 2) w przypadku braku makroskopowo widocznych przerzutów do otrzewnej oraz obecności patologicznego płynu w jamie otrzewnej, dodatkową korzyścią jest możliwość uzyskania popłuczyn z jamy otrzewnej;
- 3) P0/CY1 oznacza pozytywny wynik badania cytologicznego płynu/popłuczyn z otrzewnej przy braku makroskopowych przerzutów;
- 4) P1 oznacza widoczne makroskopowo przerzuty do otrzewnej, z pozytywną cytologią lub bez niej;
- 5) P0/CY1 jest równoznaczne z IV stopniem zaawansowania.

Prawidłowa odpowiedź to:

**A.** 1,2.      **B.** 1,2,3.      **C.** 1,3,4,5.      **D.** 2,3,4,5.      **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 36.** Białko HER2, receptor ludzkiego czynnika wzrostu naskórka typu 2 (ang. *human epidermal growth factor receptor 2*):

- 1) jest kodowane przez protoonkogen *ERBB2* zlokalizowany na chromosomie 17;
- 2) szlak przekazywania sygnału od receptora HER2 związany jest z procesami regulacji podziałów i różnicowania komórek oraz apoptozy;
- 3) amplifikacja genu *ERBB2* prowadzi do nadekspresji białka HER2, co skutkuje proliferacją i zwiększoną zdolnością do przeżycia komórek nowotworowych;
- 4) nadekspresja HER2 występuje w ok. 12–24% przypadków raka żołądka i jest częściej rozpoznawana w typie jelitowym, niż w typie rozlanym;
- 5) nadekspresja HER2 jest istotnym czynnikiem predykcyjnym odpowiedzi na leczenie biologiczne bewacyzumabem w skojarzeniu z chemioterapią.

Prawidłowa odpowiedź to:

**A.** 1,2.      **B.** 1,2,3.      **C.** 1,3,4,5.      **D.** 1,2,3,4.      **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 37.** Współczesne zasady leczenia zaawansowanego raka żołądka bez przerzutów odległych (M0) obejmują:

- 1) u chorych na gruczolakoraka żołądka w stadium klinicznego zaawansowania T3-4 lub N+ opcją z wyboru postępowania terapeutycznego jest chemioterapia okołoperacyjna;
- 2) u chorych na gruczolakoraka żołądka w stadium klinicznego zaawansowania T3-4 lub N+ opcją z wyboru postępowania terapeutycznego jest chemioterapia paliatywna;
- 3) schematem rekomendowanym jest chemioterapia oparta na fluoropirymidynie i pochodnej platyny, niezawierająca antracyklin;
- 4) u chorych w dobrym stanie sprawności stosuje się trójlewkowy schemat z taksanem (FLOT);
- 5) u chorych w średnim stanie sprawności stosuje się schematy zawierające antracykliny.

Prawidłowa odpowiedź to:

**A.** 1,3.      **B.** 2,3.      **C.** 2,5.      **D.** 1,3,4.      **E.** 1,2,3,5.

**Nr 38.** Współczesne zasady leczenia chirurgicznego raka żołądka obejmują:

- 1) w przypadkach zaawansowanego raka zlokalizowanego w dalszej części żołądka, typu jelitowego według klasyfikacji Lauréna, można wykonać subtotalne wycięcie dalszej części żołądka;
- 2) w takich przypadkach zaleca się wycięcie 4/5 części żołądka z marginesem co najmniej 5 cm od guza;
- 3) w pozostałych przypadkach zaawansowanego raka należy wykonać całkowite wycięcie żołądka;
- 4) u chorych na raka zlokalizowanego w bliższej (podwpustowej) części żołądka, o wysokim ryzyku operacyjnym (podeszły wiek, choroby współistniejące), można rozważyć wykonanie wycięcia proksymalnej części żołądka z odpowiednim zabiegiem antyrefluksowym;
- 5) we wszystkich operacjach o charakterze radykalnym (R0) obowiązuje wykonanie limfadenektomii co najmniej D2.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3.    **B.** 1,2,3,4.    **C.** 3,4,5.    **D.** 1,2,3,5.    **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 39.** Który z wymienionych czynników, zwiększających ryzyko zachorowania na raka trzustki, nie jest czynnikiem genetycznym?

- A.** zespół Peutza-Jegersa.  
**B.** mukowiscydoza.  
**C.** dziedziczne zapalenie trzustki.  
**D.** zespół Lyncha z mutacją *MLH1*.  
**E.** przewlekłe zapalenie trzustki.

**Nr 40.** Które zdanie na temat endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW) jest nieprawdziwe?

- A.** uczulenie na środki jodowe jest przeciwwskazaniem do tej procedury.  
**B.** pacjenci z niedrożnością przewodu żółciowego wspólnego powinni otrzymać profilaktykę antybiotykową.  
**C.** ECPW jest jedną z najbardziej niebezpiecznych technik endoskopowych, niosących możliwość wielu groźnych powikłań.  
**D.** przeciwwskazaniem do ECPW jest ostra niewydolność krążeniowa.  
**E.** kliniczne podejrzenie nowotworu zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych jest przeciwwskazaniem do ECPW.

**Nr 41.** Immunoterapia wskazana jest w nowotworach:

- A.** o wysokiej średniej liczbie mutacji w komórce nowotworowej.  
**B.** powstałych w wyniku przewlekłej infekcji wirusowej.  
**C.** powstałych w wyniku niestabilności mikrosatelitarnej.  
**D.** powstałych w wyniku nagromadzenia zaburzeń DNA, narastających wraz z podziałami komórkowymi.  
**E.** wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.

**Nr 42.** Otyłość sarkopeniczna jest to:

- A. przerost masy mięśniowej z jednoczesnym ubytkiem tkanki tłuszczowej.
- B. przerost masy mięśniowej z jednoczesnym spadkiem poziomu białka i spadkiem wartości BMI.
- C. ubytek masy mięśniowej z przerostem tkanki tłuszczowej.
- D. przerost tkanki tłuszczowej ze spadkiem wartości BMI.
- E. wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.

**Nr 43.** Według danych epidemiologicznych z 2015 roku w pierwszej dziesiątce pod względem zachorowalności u mężczyzn nie ma:

- A. raka trzustki.
- B. raka krtani.
- C. raka nerki.
- D. białaczek.
- E. czerniaka.

**Nr 44.** Według danych epidemiologicznych z 2015 roku w pierwszej dziesiątce pod względem zachorowalności u kobiet, spośród wymienionych niżej, jest:

- A. rak krtani.
- B. mięsaki tkanek miękkich.
- C. mięsaki kości.
- D. rak nerki.
- E. czerniak.

**Nr 45.** Ważną rolę w procesie nowotworzenia odgrywa niestabilność chromosomowa lub mikrosatelitarna. W dużym skrócie jest to:

- A. proces polegający na akumulowaniu mutacji sprzyjających tworzeniu kolejnych zmian genetycznych w komórce.
- B. proces nieprawidłowej aktywacji prawidłowych genów supresorowych.
- C. proces inwersji, polegający na zmianie kształtu i rozmiaru komórek z zaburzonym stosunkiem: jądro/cytoplazma.
- D. przemiana nabłonkowo-mezenchymalna czyli nabywanie przez komórki nabłonkowe cech komórek mezenchymalnych.
- E. zaburzenie funkcji genów kodujących miRNA.

**Nr 46.** Punktowa skala Capriniego służy do:

- A. oceny stopnia odżywienia chorych poddawanych operacjom w obszarze klatki piersiowej i jamy brzusznej.
- B. oceny ryzyka zakrzepowo-zatorowego u chorych kwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu.
- C. oceny ryzyka wystąpienia niedrożności u chorych z zaawansowanym rakiem przełyku, poddawanych chemioterapii neoadiuwantowej.
- D. oceny rozległości przerzutów odległych z nieznanego ogniska pierwotnego.
- E. oceny zmian neurologicznych w pierwotnych nowotworach centralnego układu nerwowego.

**Nr 47.** Zgodnie ze skalą RECIST stabilizacja to:

- A. zmniejszenie sumy zmian targetowych o 70% w porównaniu do badania sprzed rozpoczęcia terapii.
- B. wzrost wielkości sumy zmian targetowych o 10% w porównaniu z ostatnim badaniem.
- C. wzrost wielkości sumy zmian targetowych o 10% w porównaniu z badaniem sprzed rozpoczęcia terapii.
- D. brak kryteriów regresji lub progresji choroby w odniesieniu do ostatniego badania.
- E. wszystkie powyższe definicje spełniają kryterium określenia: stabilizacja choroby.

**Nr 48.** Ocena mammografii: BIRADS 1, to znak dla klinicysty, że powinien:

- A. powtórzyć mammografię.
- B. zlecić biopsję cienkoigłową.
- C. pobrać wycinek chirurgiczny ze zmiany.
- D. usunąć zmianę w całości i poddać analizie histopatologicznej.
- E. zalecić kolejne badanie kontrolne w ustalonym czasie.

**Nr 49.** Biopsję węzła wartowniczego w raku przewodowym nienaciekającym (DCIS), rozpoznanym po biopsji gruboigłowej, należy rozważyć kiedy:

- 1) w każdym przypadku DCIS, co jest zgodne z najnowszymi zaleceniami NCCN;
- 2) zmiana ma charakter DCIS *high-grade* czyli G3;
- 3) planuje się samo usunięcie guza, czyli leczenie oszczędzające;
- 4) planuje się amputację piersi;
- 5) w badaniu fizykalnym wyczuwalny jest guz klinicznie odpowiadający ognisku raka naciekającego;
- 6) w mammografii obserwuje się towarzyszące, radiologiczne cechy raka naciekającego;
- 7) w biopsji grubo igłowej zmiana ma cechy DCIS, ale węzły chłonne pachowe są klinicznie powiększone;
- 8) węzły chłonne nadobojczykowe zawierają przerzuty, potwierdzone w badaniu cytologicznym;
- 9) przy wysokim poziomie CA 15.3, towarzyszącym zmianom klinicznym i radiologicznym w piersi.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,5,6,9.    **B.** 2,4,5,6.    **C.** 3,6,8.    **D.** 2,5,7.    **E.** 3,4,5.

**Nr 50.** Cecha: N3c w raku piersi oznacza:

- A. obecność przerzutów w minimum 9 węzłach chłonnych pachowych i w węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych.
- B. obecność przerzutów w węzłach chłonnych nadobojczykowych.
- C. przerzuty w jawnych klinicznie węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych, przy braku przerzutów w pachowych węzłach chłonnych.
- D. przerzuty w węzłach chłonnych podobojczykowych przy braku przerzutów w węzłach chłonnych pachowych.
- E. przerzuty w 4-9 węzłach chłonnych pachowych, w tym co najmniej jeden większy niż 2 mm.

**Nr 51.** Które z poniższych nie stanowią zaleceń dotyczących badań kontrolnych po zakończeniu leczenia w raku piersi?

- 1) samobadanie: co 1 miesiąc;
- 2) badanie kliniczne: co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata;
- 3) badania biochemiczne krwi, markery nowotworowe: co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata;
- 4) badanie ginekologiczne co 12 miesięcy;
- 5) mammografię, u chorych po leczeniu oszczędzającym, należy wykonać po 6 miesiącach od zakończenia leczenia;
- 6) mammografię rezonansu magnetycznego, po leczeniu oszczędzającym, należy wykonywać co 2 lata.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** tylko 3.      **B.** 2,4.      **C.** 3,5,6.      **D.** 3,6.      **E.** 1,4.

**Nr 52.** Objawy takie jak: powiększenie piersi, bolesność, nadmierne ucieplenie piersi, zaczerwienienie piersi i objaw skórki pomarańczy skłoni Cię, w pierwszej kolejności, do:

- A.** pobrania wycinka skóry piersi do badania histopatologicznego.  
**B.** biopsji gruboigłowej celowanej.  
**C.** MR piersi.  
**D.** USG piersi.  
**E.** dalsza diagnostyka nie jest wskazana - należy pacjentkę skierować do leczenia chirurgicznego, amputacji z biopsją węzła wartowniczego, ponieważ powyższe objawy kliniczne jednoznacznie wskazują na chorobę nowotworową piersi.

**Nr 53.** Zabieg operacyjny, polegający na usunięciu kompleksu otoczka-brodawka, jest możliwy w przypadku:

- A.** raka przewodowego nienaciekającego.  
**B.** chłoniaka piersi.  
**C.** raka metaplastycznego.  
**D.** raka Pageta.  
**E.** raka Merkla brodawki sutkowej.

**Nr 54.** W systemie TNM, symbol: pN1(sn)(i+)(mol+) oznacza, że:

- A.** w węźle wartowniczym, usuniętym z powodu raka piersi, znaleziono mikroprzerzuty.  
**B.** w regionalnych węzłach chłonnych, usuniętych z powodu czerniaka, znaleziono mikroprzerzuty, a wykryto je metodą immunohistochemiczną.  
**C.** w regionalnych węzłach chłonnych, usuniętych z powodu raka Merkla, znaleziono izolowane komórki nowotworowe, a wykryto je stosując techniki molekularne.  
**D.** w węźle wartowniczym, usuniętym z powodu raka piersi, znaleziono izolowane komórki nowotworowe, a wykryto je stosując techniki molekularne.  
**E.** w węźle wartowniczym, usuniętym z powodu raka Merkla, znaleziono izolowane komórki nowotworowe, a wykryto je stosując techniki molekularne.

**Nr 55.** Organizatorem pierwszej polskiej katedry chirurgii na Uniwersytecie Jagiellońskim oraz twórcą polskiego słownictwa chirurgicznego był:

- A. Antoni Bryk.
- B. Władysław Dobrzaniecki.
- C. Rafał Czerwiakowski.
- D. Polikarp Girsztot.
- E. Bronisław Kader.

**Nr 56.** Które zdanie na temat antygenu gruczołu krokowego (PSA) jest nieprawdziwe?

- 1) jest to antygen o wysokiej czułości i niskiej swoistości;
- 2) wzrost stężenia PSA w surowicy może wystąpić w wyniku łagodnego rozrostu stercza;
- 3) za prawidłową wartość stężenia PSA uznaje się 40 ng/ml;
- 4) w różnicowaniu rozrostu łagodnego i złośliwego można oznaczyć gęstość PSA;
- 5) szacuje się, że prawidłowe wartości PSA ma zaledwie około 30% populacji mężczyzn;
- 6) jest stosowany w badaniach przesiewowych wśród mężczyzn po 70 roku życia.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3.                      B. 2,4,5.                      C. 2,5.                      D. 4,6.                      E. 3,6.

**Nr 57.** Które zdanie dotyczące epidemiologii i etiologii nowotworów jest nieprawdziwe?

- 1) przeżycia 5-letnie chorych z rakiem żołądka w Polsce są niższe niż 20%;
- 2) nowotwory jelita grubego są na świecie trzecim najczęściej występującym nowotworem u mężczyzn;
- 3) głównym czynnikiem ryzyka raka pęcherzyka żółciowego jest kamica pęcherzyka żółciowego;
- 4) wśród czynników dziedzicznych, odpowiedzialnych za ok. 10% zachorowań na raka trzustki wymienia się zespół Peutz-Jegersa;
- 5) nowotwory jądra są trzecią przyczyną zachorowań na nowotwory wśród mężczyzn w przedziale wieku 50-69;
- 6) zachorowalność na raka piersi u mężczyzn rośnie i według najnowszych danych statystycznych z 2015 roku dorównuje zachorowalności na czerniaka u mężczyzn.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3.  
B. 3,4,5.  
C. 2,5.  
D. 2,5,6.  
E. 5,6.

**Nr 58.** Które zdanie jest nieprawdziwe?

- A. w celu kwalifikacji do leczenia inhibitorami anty-BRAF w rozsiałym czerniaku przeprowadza się ocenę mutacji w kodonie V600 genu kodującego płytkopochodny czynnik wzrostu typu  $\beta$ .
- B. ok. 5% mężczyzn z rakiem piersi ma mutację *BRCA2*.
- C. zespół rodzinnej polipowatości gruczolakowatej (FAP) jest spowodowany obecnością mutacji terminalnej w genie supresorowym *APC* (5q21).
- D. w polskiej populacji najczęstszą przyczyną zespołu Lynch są mutacje w genach mutatorowych *MSH2* i *MLH1*.
- E. mutacje w obrębie genów *MSH2* i *MLH1* powodują wzrost ryzyka zachorowania na nowotwory miedniczki nerkowej i moczowodu.

**Nr 59.** Elektywną operację węzłową w raku wargi dolnej rozważysz wtedy gdy:

- 1) guz nowotworowy jest większy niż 2 cm;
- 2) przy zróżnicowaniu histopatologicznym G2;
- 3) przy żywej reakcji zapalnej wokół guza;
- 4) w przypadku nawrotu miejscowego (niepowodzenie chirurgiczne);
- 5) w przypadku nawrotu miejscowego po leczeniu promieniami;
- 6) po operacji pierwotnej przy wątpliwym marginesie wycięcia guza.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4,5.      B. 1,2,4.      C. 4,5,6.      D. 1,3,5,6.      E. 2,3,4,5.

**Nr 60.** Toracenteza to:

- A. punkcja jamy brzusznej w wypadku stwierdzenia *ascites*.
- B. rodzaj diagnostyki obrazowej przezoskrzelowej.
- C. rodzaj mediastinoskopii w chorobach górnego odcinka przełyku.
- D. inwazyjna metoda oceny stopnia zaawansowania raka płuca.
- E. nakłucie jamy opłucnej.

**Nr 61.** Pierwszego opisu amputacji piersi z powodu nowotworu złośliwego na ziemiach polskich dokonał w 1774 roku:

- A. Charles Moore.
- B. Teodor Oehme.
- C. Astley P. Cooper.
- D. Guy de Chauliac.
- E. Józef Gasiński.

**Nr 62.** Po usunięciu całej wargi dolnej z powodu raka, w celu jej odtworzenia zastosujesz:

- A. obustronne płaty szyjne Miecznikowa.
- B. płat Fujimori.
- C. płat Abbego.
- D. jednostronny płat wachlarzowy Gillesa.
- E. obustronne płaty Bernarda-Burowa.



**Nr 63.** Które ze zdań dotyczących chirurgicznego leczenia w raku jelita grubego jest nieprawdziwe?

- A. najważniejszym czynnikiem rokowniczym w raku jelita grubego jest stopień zaawansowania nowotworu wg klasyfikacji Dixona.
- B. niezbędnym elementem każdej radykalnej operacji amputacji odbytnicy jest usunięcie mezorectum wraz z otaczającą je powięzią.
- C. pierwszym objawem guza kątnicy może być, wyczuwalny przez powłoki, guz w prawym dole biodrowym.
- D. za przyczynę polipowatości rodzinnej uważa się mutację genu *APC*.
- E. w przypadku raka wykrytego w polipie jelita grubego, metodą leczenia jest endoskopowa polipektomia, pod warunkiem, że wycięcie nowotworu jest całkowite.

**Nr 64.** Do biopsji węzłów wartowniczych w czerniakach skóry kwalifikują się chorzy:

- 1) po biopsji wycinającej z rozpoznaniem histopatologicznym czerniakiem skóry;
- 2) po szerokim wycięciu z rozpoznaniem histopatologicznym czerniakiem skóry;
- 3) z grubością nacieku Breslowa  $\geq 0,8$  mm lub (mikro-)owrzodzeniem niezależnie od grubości czerniaka;
- 4) bez klinicznych cech przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i narządach odległych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** wszystkie wymienione.    **B.** 2,3,4.    **C.** 1,3,4.    **D.** 2,4.    **E.** 1,4.

**Nr 65.** Raport histopatologiczny po biopsji węzłów wartowniczych w czerniakach skóry powinien zawierać:

- 1) liczbę znalezionych węzłów chłonnych;
- 2) liczbę węzłów zawierających przerzuty;
- 3) wielkość i lokalizację największego ogniska przerzutowego;
- 4) liczbę węzłów chłonnych, w których przerzuty zidentyfikowano dzięki zastosowaniu barwień immunohistochemicznych z wykorzystaniem markerów swoistych dla czerniaka (np. HMB-45, S-100);
- 5) obecność (lub nieobecność) szerzenia się przerzutu poza torebkę węzła;
- 6) obecność zatorów z komórek nowotworowych w naczyńkach.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** wszystkie wymienione.  
**B.** 2,3,4.  
**C.** 3,4,5.  
**D.** 1,2,4.  
**E.** 1,2,3,5,6.

**Nr 66.** W przypadku raka piersi u ciężarnej, w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu, można wykonać następujące operacje:

- 1) mastektomię radykalną zmodyfikowaną;
- 2) mastektomię prostą z biopsją węzłów wartowniczych metodą wybarwiania;
- 3) mastektomię prostą z biopsją węzłów wartowniczych metodą limfoscyntygrafii, przy czym wskazane jest podanie połowy standardowej dawki izotopu na 4 godziny przed operacją;
- 4) radykalne wycięcie nowotworu (tumorektomię) z biopsją węzłów wartowniczych metodą podwójną (wybarwiania i izotopową) przy czym wskazane jest podanie połowy standardowej dawki izotopu na 4 godziny przed operacją;
- 5) radykalne wycięcie nowotworu (tumorektomię) z biopsją węzłów wartowniczych metodą limfoscyntygrafii, przy czym wskazane jest podanie połowy standardowej dawki izotopu na 4 godziny przed operacją.

Prawidłowa odpowiedź to:

**A.** 1,2,3,4.    **B.** 2,3,4,5.    **C.** 3,4,5.    **D.** 1,3,5.    **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 67.** Po przedoperacyjnej chemioterapii biopsję węzłów wartowniczych w przypadku pierwotnej cechy cN1/pN+ i konwersji do ycN0 wykonuje się wykorzystując:

- 1) technikę podwójną (barwnik + izotop) – standardową dla ośrodka;
- 2) technikę izotopową – standardową dla ośrodka;
- 3) technikę z użyciem barwnika – standardową dla ośrodka;
- 4) pobierając  $\geq 3$  węzły wartownicze, jeśli nie zakładano znacznika do węzła zawierającego przerzut;
- 5) pobierając ten węzeł, który w badaniu przedoperacyjnym zawierał przerzut i który w procesie diagnostyki przed terapią oznakowano „znacznikiem” (metoda TAD) oraz węzły spełniające kryteria węzła wartowniczego.

Prawidłowa odpowiedź to:

**A.** 1,2,3,4.    **B.** 2,3,4,5.    **C.** 3,4,5.    **D.** 1,4,5.    **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 68.** W przypadku rozpoznanego przewodowego przedinwazyjnego raka piersi (DCIS) biopsja węzłów wartowniczych jako niezbędny element postępowania chirurgicznego zostanie wykonana:

- 1) u pacjentki kwalifikowanej do mastektomii;
- 2) w przypadku klinicznie wyczuwalnego guza piersi;
- 3) jako element leczenia oszczędzające w DCIS wieloogniskowym/wieloośrodkowym;
- 4) w przypadku stwierdzenia mikrozwapnień w DCIS  $\geq 5$  cm, lub  $\geq 2$  cm u osób z „czynnikiem ryzyka”;
- 5) przy podejrzeniu mikroinwazji w DCIS;
- 6) w przypadku DCIS rozpoznawanego u mężczyzny.

Prawidłowa odpowiedź to:

**A.** 1,2,5,6.    **B.** 2,3,4,5.    **C.** 3,4,5,6.    **D.** 1,3.    **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 69.** W preparacie po leczeniu oszczędzającym kobiety w wieku lat 67 chorej na raka piersi stwierdzono: His-pat: Rak zrazikowy inwazyjny o średnicy 10 mm; NST, G1, ER – 90%, PgR – 90%, HER2(1+), Ki67 – 30%; ognisko raka inwazyjnego znajduje się w obszarze raka zrazikowego przedinwazyjnego (CLIS) o wielkości 35 mm. Utkanie raka zrazikowego przedinwazyjnego znajduje się w odległości minimum 1 mm od marginesów chirurgicznych. W badaniu węzłów wartowniczych w jednym z dwóch zbadanych węzłach chłonnych stwierdzono przerzut wielkości 3 mm, bez naciekania torebki węzła. W tej sytuacji (zgodnie z zaleceniami konsensusu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej) zalecanym postępowaniem w obrębie jamy pachowej jest:

- A. obserwacja.
- B. wykonanie limfadenektomii pachowej.
- C. pozostawienie jamy pachowej bez operacji i zastosowanie systemowego leczenia pooperacyjnego wraz z radioterapią na gruczoł piersiowy (postępowanie zgodne z wynikami badania Z0011).
- D. pozostawienie jamy pachowej bez operacji i zastosowanie systemowego leczenia pooperacyjnego wraz z radioterapią radykalną obejmującą ścianę klatki piersiowej, węzły chłonne pachowe, nadobojczykowe oraz węzły chłonne okolicy tętnicy piersiowej wewnętrznej.
- E. wykonanie limfadenektomii pachowej i zastosowanie systemowego leczenia pooperacyjnego wraz z radioterapią radykalną obejmującą ścianę klatki piersiowej, węzły chłonne pachowe, nadobojczykowe oraz węzły chłonne okolicy tętnicy piersiowej wewnętrznej.

**Nr 70.** Który z poniżej wymienionych czynników zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania na raka jelita grubego jest czynnikiem egzogennym:

- A. HNPCC (zespół Lynch).
- B. wrzodzące zapalenie jelita grubego.
- C. wiek powyżej 65 r.ż.
- D. dieta wysokotłuszczowa, ubogoresztkowa.
- E. rodzinne zachorowania na raka jelita grubego.

**Nr 71.** Rozpoznanie zespołu polipowatości rodzinnej oprócz wywiadu rodowodowego opiera się na wykryciu:

- A. mutacji w genie *APC*.
- B. mutacji w genie *KRAS*.
- C. mutacji w genie *BRAF*.
- D. mutacji w genach *MSH2*, *MSH6*.
- E. niestabilności mikrosatelitarnej.

**Nr 72.** Nadzór nad chorymi na dziedzicznego raka jelita grubego bez polipowatości (zespół Lyncha) obejmuje następujące badania diagnostyczne, **z wyjątkiem**:

- A. oznaczenie antygenu CA 125 co rok.
- B. kolonoskopia co rok.
- C. gastroskopia co 1-2 lata.
- D. USG jamy brzusznej co 1-2 lata.
- E. rtg klatki piersiowej co rok.

**Nr 73.** W przypadku raka gruczołowego odbytnicy, cecha pN2b oznacza obecność przerzutów w:

- A. 3 regionalnych węzłach chłonnych.
- B. 4-6 regionalnych węzłach chłonnych.
- C.  $\geq 7$  regionalnych węzłach chłonnych.
- D. węzłach przestrzeni zaotrzewnowej.
- E. węzłach chłonnych położonych poza obszarem mezorektum.

**Nr 74.** Rozpoznanie patomorfologiczne nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego okrężnicy (raka neuroendokrynnego) opiera się o następujące wyniki badań markerów immunohistochemicznych:

- A. MLH1 (-) MSH2 (-) MSH6 (-).
- B. CK20 (+); CK7 (-).
- C. Indeks proliferacyjny Ki-67  $>20\%$ .
- D. CD20 (+), CD3 (+).
- E. niestabilność mikrosatelitarna (+).

**Nr 75.** Który z poniżej wymienionych parametrów makroskopowej oceny marginesu obwodowego resekcji wycięcia odbytnicy **nie spełnia** kryteriów dobrej doszczętności resekcji?

- A. cylindryczny kształt preparatu.
- B. ubytki w mezorektum nie większe niż 5 mm.
- C. usunięte dźwigacze odbytu.
- D. gładka powierzchnia mezorektum.
- E. margines obwodowy na powierzchni zwieraczy.

**Nr 76.** Podstawowym wskazaniem do zastosowania napromieniania przedoperacyjnego wraz z chemioterapią i odroczenia operacji o 4-6 tygodni od zakończenia radioterapii jest:

- A. niski stopień zróżnicowania (cecha G3).
- B. cecha cT3.
- C. cecha cN+.
- D. zagrożony obwodowy margines resekcji.
- E. niskie położenie guza (do 5 cm od odbytu).

**Nr 77.** Perforowany guz nowotworowy okrężnicy z zajęciem 4 regionalnych węzłów chłonnych i przerzutami do wątroby opisywany jest według klasyfikacji TNM następującymi cechami:

- A. T4a N1c M1b.
- B. T4b N2b M1a.
- C. T4a N1b M1a.
- D. T4a N2a M1a.
- E. T4b N1b M1a.

**Nr 78.** W przypadku wznowy miejscowej raka płaskonabłonkowego kanału odbytu optymalnym postępowaniem terapeutycznym jest:

- A. radykalne napromienianie wznowy.
- B. ratujące leczenie chirurgiczne w postaci amputacji brzuszno-kroczonej.
- C. dopromienienie i chemioterapia z mitomycyną.
- D. brachyterapia z konsolidacyjną chemioterapią.
- E. wielolekowa chemioterapia, a następnie wycięcie miejscowe zmian resztkowych.

**Nr 79.** Guz o charakterze raka płaskonabłonkowego kanału odbytu o wielkości >5 cm i powiększenie węzłów chłonnych pachwinowych należy opisać cechami:

- A. cT4 N1b.      B. cT3 N1b.      C. cT4 N1a.      D. cT4 N2.      E. cT3 N1c.

**Nr 80.** Najlepsze badanie do oceny powierzchownych węzłów chłonnych w diagnostyce onkologicznej to:

- A. badanie palpacyjne.
- B. badanie ultrasonograficzne.
- C. obrazowanie metodą tomografii komputerowej.
- D. obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego.
- E. obrazowanie metodą pozytonowej tomografii emisyjnej.

**Nr 81.** Prawdopodobieństwo obecności raka piersi w przypadku kategorii BIRADS III wynosi (proszę podać zakres ryzyka):

- A. więcej niż 0%, nie więcej niż 2%.
- B. więcej niż 2%, nie więcej niż 5%.
- C. więcej niż 2%, nie więcej niż 10%.
- D. więcej niż 5%, nie więcej niż 15%.
- E. więcej niż 15%, nie więcej niż 25%.

**Nr 82.** Przeciwwskazaniem do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego u chorych na raka piersi nie jest:

- A. rozrusznik serca.
- B. elektroniczny implant uszny/aparat słuchowy wszczepiony podskórnice.
- C. ferromagnetyczny klips naczyniowy na tętnicy mózgowej lub w jej sąsiedztwie.
- D. stan po bariatrycznym zmniejszeniu pojemności żołądka (długa linia szwów metalowych w jamie brzusznej).
- E. neurostymulator (nieusuwalny).

**Nr 83.** Metodą z wyboru w ocenie zaawansowania zweryfikowanego w czasie kolonoskopii raka okrężnicy jest:

- A. ultrasonografia jamy brzusznej.
- B. pozytonowa tomografia emisyjna.
- C. obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego.
- D. tomografia komputerowa z kontrastem.
- E. kolonografia TK.

**Nr 84.** Siwert (Sv) jest:

- A. jednostką układu SI obrazującą skuteczne (efektywne) działanie promieniowania jonizującego na organizm.
- B. definiowany przez ilość energii pochłoniętej przez 1 metr kwadratowy powierzchni.
- C. definiowany przez nasilenie odczynu popromiennego w skórze po podaniu dawki 1 greja (1 Gy).
- D. jednostką miary aktywności promieniotwórczej w układzie SI (jednostka pochodna układu SI).
- E. jednostką o aktywności 1 g czystego izotopu radu o liczbie masowej 226.

**Nr 85.** W badaniu PET stosowanym w diagnostyce raka stercza wykorzystuje się przede wszystkim:

- A. 18-fluoroglukozę.
- B. 18-fluorek sodu.
- C. 18-fluoro-dihydroksyfenyloalanina.
- D. 18-fluorocholinę.
- E. 18-fluoroetylotyrozyna.

**Nr 86.** Proszę wskazać zdanie prawdziwe:

- A. pacjent po badaniu PET nie wymaga specjalnego postępowania związanego z ochroną radiologiczną.
- B. pacjent nie musi być nawodniony do badania PET.
- C. badanie PET powinno być wykonane w ciągu 2 godzin po posiłku (tj. nie na czczo).
- D. standaryzowana wartość wychwytu dla większości nowotworów złośliwych wynosi  $<2,5$ .
- E. badanie PET jest całkowicie nieprzydatne w diagnostyce nowotworów neuroendokrynnych.

**Nr 87.** Określenie „system Gleasona” odnosi się do:

- A. oceny głębokości naciekania przez nowotworów torebki wątroby.
- B. sposobu oceny stopnia złośliwości histologicznej raka stercza.
- C. stosowanego w radiologii sposobu oceny zaawansowania raka nerki uwzględniającego położenie guza względem torebki narządu.
- D. schematu opisującego zasady radykalnej resekcji wykonywanej u chorych na raka stercza z cechą cN+.
- E. podziału anatomicznego wątroby uwzględniającego przegrody łącznotkankowe strukturalnie związane z jej torebką.

**Nr 88.** W przypadku rozpoznania polipa z rakiem, po polipektomii spełniającej kryteria doszczętności onkologicznej, należy wykonać pierwszą kontrolną kolonoskopię:

- A. po 4-5 latach.
- B. po 3 latach.
- C. po 2 latach.
- D. po 1 roku.
- E. po 2-6 miesiącach.

**Nr 89.** Wskazaniem do zabiegów cytoredukcyjnych w połączeniu z dootrzewnową chemioterapią perfuzyjną w hipertermii (HIPEC) są przerzuty do otrzewnej następujących nowotworów:

- 1) rak jelita grubego;
- 2) rak pęcherzyka żółciowego;
- 3) rak żołądka;
- 4) rak jajnika;
- 5) rak trzustki.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3.      B. 1,3,4.      C. 1,3,5.      D. 1,2.      E. 2,3.

**Nr 90.** Warunkiem uzyskania dobrych wyników chirurgicznego leczenia przerzutów do otrzewnej jest:

- 1) młody wiek chorych;
- 2) wcześniejsza chemioterapia systemowa;
- 3) całkowita cytoredukcja makroskopowych zmian przerzutowych w otrzewnej (CC-0);
- 4) ograniczony zakres przerzutów w otrzewnej według skali PCI;
- 5) BMI < 30.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2.      B. 1,2,5.      C. tylko 4.      D. 3,4.      E. 1,5.

**Nr 91.** Według klasyfikacji przerzutów do otrzewnej Sugarbaker'a (PCI – *Peritoneal Cancer Index*), za górną granicę możliwości wykonania zabiegu cytoredukcyjnego z HIPEC przy obecności przerzutów raka jelita grubego uważa się:

A. 7 pkt.      B. 10 pkt.      C. 15 pkt.      D. 20 pkt.      E. 30 pkt.

**Nr 92. Przeciwwskazaniem** do wykonania zabiegu cytoredukcyjnego z HIPEC w przerzutach do otrzewnej raka jelita grubego jest:

- 1) pojedynczy, resekcyjny przerzut do wątroby;
- 2) pojedynczy, resekcyjny przerzut do płuca;
- 3) wcześniejsza chemioterapia systemowa;
- 4) PCI powyżej 20 pkt;
- 5) CEA powyżej 100 ng/ml.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,5.      B. 1,2.      C. tylko 3.      D. tylko 4.      E. 3,5.

**Nr 93.** Leczeniem z wyboru w przypadku śluzaka rzekomego otrzewnej (*Pseudomyxoma peritonei*) jest:

- A. chemioterapia systemowa.
- B. terapia celowana w oparciu o mutację genu *KRAS*.
- C. zabieg cytoredukcyjny z radioterapią adjuwantową.
- D. zabieg cytoredukcyjny z HIPEC.
- E. zabieg cytoredukcyjny z chemioterapią systemową adjuwantową.

**Nr 94.** Obecność komórek nowotworowych w płynie z jamy otrzewnej w raku żołądka i raku jelita grubego:

- 1) nie ma wpływu na rokowanie;
- 2) nie ma wpływu na rokowanie jeśli będzie zastosowana chemioterapia systemowa jako uzupełnienie zabiegu operacyjnego;
- 3) ma wpływ na skrócenie okresu wolnego od wznowy nowotworowej;
- 4) jest czynnikiem negatywnym rokowniczo;
- 5) częściej występuje w guzach T3/T4.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,5.      B. 2,5.      C. 2,3,5.      D. 1,3.      E. 3,4,5.

**Nr 95.** Które parametry są prawdziwe w opisie dootrzewnowej chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii (HIPEC)?

- 1) temperatura płynu perfuzyjnego wynosi 45°C;
- 2) temperatura płynu perfuzyjnego wynosi 42°C;
- 3) jednym z podstawowych leków przeciwnowotworowych stosowanych w HIPEC jest oksaliplatyna;
- 4) jest wykonywana po wykonaniu zabiegu cytoredukcyjnego;
- 5) jest podstawowym sposobem leczenia przy masywnym wodobrzuszu w chorobie nowotworowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 2,3,4.      B. 1,3,5.      C. 1,3,4.      D. 1,4,5.      E. 1,5.



**Nr 96.** Przerzuty do otrzewnej nie są spowodowane:

- A. złuszczeniem się komórek nowotworowych bezpośrednio z powierzchni guza.
- B. uwalnianiem komórek nowotworowych z przeciętych naczyń limfatycznych.
- C. obecnością komórek nowotworowych pozostałych w linii cięcia.
- D. nieostrożnym preparowaniem guza nowotworowego przez chirurga.
- E. przerzutami drogą naczyń tętniczych w obrębie krezki jelita cienkiego i grubego.

**Nr 97.** Według Europejskiego Towarzystwa Mastologii (EUSOMA) pacjentem z nowotworem piersi powinien zajmować się zespół złożony z:

- 1) chirurga onkologa;
- 2) radiologa;
- 3) onkologa klinicznego;
- 4) radioterapeuty;
- 5) psychiatry.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4.    B. 1,2,3,4.    C. 2,4,5.    D. 1,3,4,5.    E. wszystkie wymienione.

**Nr 98.** Która ze zmian w piersi należących do grupy B3 kwalifikowana jest po biopsji gruboigłowej bezwzględnie do wycięcia chirurgicznego?

- 1) ADH;    2) ALH;    3) CSL;    4) RS;    5) brodawczak;    6) FEA.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. tylko 1.    B. 1,6.    C. 3,4,5.    D. 1,2.    E. 2,6.

**Nr 99.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące identyfikacji węzłów wartowniczych w raku piersi:

- 1) preferowaną metodą identyfikacji jest metoda izotopowa;
- 2) metodę izotopową można zastąpić używając barwnika (np. Patent-Blue);
- 3) wg zaleceń PTCHO znacznik podajemy zawsze doguzowo;
- 4) znacznik podawany jest w dniu poprzedzającym zabieg lub w dniu zabiegu ale nie mniej niż 4 godziny przed operacją;
- 5) pobrane węzły chłonne wartownicze powinny zostać poddane badaniu śródoperacyjnemu.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,4.    B. 1,2,4.    C. 2,3,5.    D. 1,2,4,5.    E. wszystkie wymienione.

**Nr 100.** Wskaż zdanie nieprawdziwe:

- A. choroba Pageta brodawki sutkowej odpowiada rakowi *in-situ* naskórka brodawki sutkowej.
- B. rak Pageta rozpoznajemy wtedy, gdy zmianą w brodawce towarzyszy rak inwazyjny zlokalizowany w okolicy zabrodawkowej.
- C. dwie najważniejsze teorie dotyczące pochodzenia komórek Pageta w naskórku brodawki to teoria epidermotropowa i teoria transformacji śródskórkowej.
- D. u pacjentek z izolowaną postacią choroby Pageta brodawki, nie ma wskazań do wykonywania biopsji węzła wartowniczego.
- E. w przypadku współistnienia z chorobą Pageta raka inwazyjnego jest on najczęściej HER-2 dodatni.

**Nr 101.** Rak piersi opisany jako klinicznie T4cN3a to rak:

- 1) naciekający ścianę klatki piersiowej;
- 2) z owrzodzeniem skóry;
- 3) rak zapalny;
- 4) z towarzyszącym nieruchomym pakietem węzłowym w I i II piętrze pachy;
- 5) z towarzyszącym podejrzanym pakietem węzłów w okolicy nadobojczykowej po tej samej stronie;
- 6) z towarzyszącymi przerzutowymi węzłami podobojczykowymi.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,5.      B. 3,6.      C. 1,2,6.      D. 2,4,5.      E. 1,4,6.

**Nr 102.** Wskaż wszystkie badania, które powinny być zostać wykonane rutynowo od momentu pierwszego badania przedmiotowego do momentu rozpoczęcia leczenia w przypadku ostatecznej diagnozy raka inwazyjnego piersi w stadium IIIB:

- 1) mammografia z USG;
- 2) rezonans magnetyczny piersi z kontrastem;
- 3) USG jamy brzusznej;
- 4) RTG klatki piersiowej;
- 5) scyntygrafia kości.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4.      B. 2,3,4.      C. 2,3,4,5.      D. 1,3,4,5.      E. wszystkie wymienione.

**Nr 103.** Według proponowanych przez PTCHO i konsultanta krajowego ds. chirurgii onkologicznej zasad powstawania centrów diagnostyki i leczenia raka piersi (BCU – *Breast Cancer Units*) jaki odsetek BCT w stosunku do mastektomii powinien być wykonywany w akredytowanym pełnoprofilowym BCU?

- A. 40%.      B. 50%.      C. 60%.      D. 70%.      E. 75%.

**Nr 104.** Wskaż przeciwwskazania bezwzględne do BCT:

- 1) brak zgody chorej na leczenie oszczędzające;
- 2) brak możliwości radykalnego wycięcia guza;
- 3) brak możliwości zastosowania radioterapii pooperacyjnej;
- 4) homozygota mutacji ATM;
- 5) potwierdzona genetycznie predyspozycja do występowania raka piersi.

Prawidłowa odpowiedź to:

**A.** 1,2,3.    **B.** 1,2,3,5.    **C.** 1,2,3,4.    **D.** 1,2,4,5.    **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 105.** Wskaż prawidłowe stwierdzenie dotyczące mastektomii:

- A.** amputację prostą wykonuje się u chorych z DCIS, które nie zostały zakwalifikowane do leczenia oszczędzającego.
- B.** w przypadku konieczności wykonania limfadenektomii najczęściej wykonuje się mastektomię radykalną sposobem Halsteda.
- C.** mastektomia radykalna sposobem Maddena polega na usunięciu piersi wraz z pokrywającą gruczoł skórą, usunięciem kompleksu brodawka-otoczek, usunięciem powięzi mięśnia piersiowego, przecięciem lub usunięciem mięśnia piersiowego mniejszego i wykonaniu limfadenektomii pachowej z uwzględnieniem drogi Rottera.
- D.** jednoczasową rekonstrukcję piersi możemy zaproponować tylko pacjentom, u których nie jest planowana radioterapia pooperacyjna.
- E.** paliatywna amputacja piersi (tzw. mastektomia toaletowa) w przypadku zaawansowanego miejscowo raka piersi obejmuje usunięcie gruczołu, skóry nad gruczołem, kompleksu brodawka-otoczek oraz I piętra węzłów chłonnych pachowych.

**Nr 106.** Wskaż zdanie prawdziwe dotyczące DCIS:

- A.** nawroty miejscowe po leczeniu DCIS występują do 50% przypadków.
- B.** radioterapia po BCT zmniejsza ryzyko nawrotu miejscowego o ok 60% i wydłuża przeżycie całkowite.
- C.** w przypadku wieloogniskowego DCIS jedną opcją leczenia chirurgicznego jest mastektomia.
- D.** pooperacyjna hormonoterapia zmniejsza ryzyko powstania raka inwazyjnego w piersi przeciwległej.
- E.** w przypadku DCIS u mężczyzny decyzja o wykonaniu SNB zależy od podtypu histologicznego DCIS.

**Nr 107.** U pacjentki lat 49 z rozpoznaniem rakiem piersi (z biopsji rak inwazyjny NST, luminalny B, cT1CN0. Wykonano BCT, SNB oraz radioterapię śródoperacyjną. W wyniku histopatologicznym po zabiegu:

*Kwadrant piersi prawej oznaczony nitkami: 1 nitka od strony mostka, 2 nitki od strony obojczyka, 3 nitki od strony pachy. Na przekroju guz o wymiarach 16x15mm, z komponentą DCIS. Najmniejszy margines od strony komponenty DCIS (okolica 2 nitek) 1mm. Pozostałe marginesy >5mm, marginesy dla raka inwazyjnego >5mm.*

Wskaż prawidłowe postępowanie pooperacyjne:

- A.** radioterapia pooperacyjna na całą pierś oraz boost na łożę po guzie, następnie hormonoterapia.
- B.** radioterapia pooperacyjna na całą pierś następnie hormonoterapia.
- C.** ze względu na wykonaną radioterapię śródoperacyjną pacjentka wymaga tylko hormonoterapii.
- D.** ze względu na niewystarczający margines od strony 2 nitek, pacjentka wymaga docięcia marginesu, następnie radioterapii na całą pierś i hormonoterapii.
- E.** ze względu na niewystarczający margines od strony 2 nitek, pacjentka wymaga docięcia marginesu a następnie hormonoterapii.

**Nr 108.** Histopatologiczna ocena śródoperacyjna węzłów wartowniczych:

- 1) jest zalecana w przypadku BCT;
- 2) jest zalecana w przypadku mastektomii;
- 3) jest zalecana w przypadku ukrytego raka piersi;
- 4) może być wykonywana tylko w ośrodkach BCU;
- 5) w przypadku wyniku dodatniego (węzły przerzutowe) należy dodatkowo usunąć I piętro węzłów pachowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** żadne z powyższych. **B.** tylko 1. **C.** tylko 2. **D.** 2,4. **E.** wszystkie wymienione.

**Nr 109.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące chemioterapii neoadjuwantowej w raku piersi:

- 1) wskazaniem do leczenia neoadjuwantowego jest zaawansowanie choroby w stopniu IIB, III a także IIA (T2 lub N1);
- 2) standardem jest podanie całego leczenia systemowego przed operacją;
- 3) przed rozpoczęciem chemioterapii wskazane jest wykonanie badania PET;
- 4) leczenie operacyjne planowane jest 6-8 tygodni po zakończeniu leczenia systemowego;
- 5) obszar resekcji powinien obejmować pole wyjściowo zajmowane przez guz, stąd istotne jest odpowiednie oznaczenie guza przed chemioterapią np. na folii przykładanej do piersi.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3,4. **B.** 1,2,4. **C.** 3,5. **D.** wszystkie wymienione. **E.** 1,2.

**Nr 110.** Pacjentka lat 51 z rozpoznaniem raka piersi lewej, zmiana zlokalizowana w kwadrancie górnym zewnętrznym o wymiarach 21x10 mm. Z biopsji rak inwazyjny potrójnie ujemny, w dole pachowym jeden węzeł podejrzany o meta – z PCI brak potwierdzenia przerzutu. Pacjentka zakwalifikowana do chemioterapii neoadjuwantowej. Przed chemioterapią założono znacznik do guza. Po zakończeniu leczenia systemowego w badaniach kontrolnych radiologiczna całkowita odpowiedź na leczenie, widoczny klips w kwadrancie górnym zewnętrznym piersi lewej, jama pachowa bez podejrzanych węzłów chłonnych. Wykonano u pacjentki BCT +SNB. W wyniku histopatologicznym całkowita patologiczna odpowiedź na leczenie w piersi (widoczny klips w środku wyciętego kwadrantu, bez zmian nowotworowych wokół klipsa), w jednym na dwa pobrane węzły chłonne wartownicze stwierdzono izolowane komórki nowotworowe (IHC). Wskaż prawidłowe dalsze postępowanie:

- A. radioterapia.
- B. radioterapia z pól tangencjalnych (z objęciem dolnego piętra pachy), okolicy nad i pod obojczykowej i węzłów przymostkowych.
- C. limfadenektomia pachowa następnie radioterapia.
- D. limfadenektomia pachowa, następnie chemioterapia II rzutu, następnie radioterapia.
- E. chemioterapia II rzutu, następnie radioterapia.

**Nr 111.** Pacjentka lat 65, stan po BCT z powodu raka inwazyjnego piersi prawej 10 lat temu, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu szybko powiększającego się guza obejmującego całą pierś po BCT. Konsultujący specjalista wysunął podejrzenie mięsaka indukowanego radioterapią. Wskaż stwierdzenie **nieprawdziwe**:

- A. najczęstszym podtypem jest włókniakomięsak złośliwy.
- B. leczeniem z wyboru jest mastektomia prosta.
- C. limfadenektomię pachową wykonuje się tylko w przypadku klinicznie przerzutowych węzłów chłonnych.
- D. radioterapia jest przeciwwskazana.
- E. systemowe leczenie adjuwantowe nie jest zalecane.

**Nr 112.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące krwimoczu:

- A. krwimocz jest patognomonicznym objawem raka pęcherza moczowego.
- B. guzy nerek najczęściej rozpoznaje się po epizodzie krwimoczu.
- C. w przypadku nieurazowego krwimoczu przy braku stwierdzenia patologii w badaniu USG jamy brzusznej i miednicy oraz w badaniu cystoskopowym można przyjąć zapalenie lub łagodny rozrost stercza jako jego przyczynę.
- D. krwimocz nie jest objawem raka stercza.
- E. żadne z powyższych stwierdzeń nie jest prawdziwe.

**Nr 113.** Badanie cytologiczne osadu moczu:

- A. jest czułym badaniem w wykrywaniu raków urotelialnych o niskiej złośliwości.
- B. nie jest wykorzystywane w diagnostyce nowotworów górnych dróg moczowych.
- C. przy stwierdzeniu komórek podejrzanych w kierunku raka urotelialnego HG w badaniu cytologicznym osadu moczu i braku nieprawidłowości w badaniach obrazowych układu moczowego (TK, MRI) oraz w cystoskopii wskazane jest postępowanie obserwacyjno-wyczekujące.
- D. przy stwierdzeniu komórek podejrzanych w kierunku raka urotelialnego HG w badaniu cytologicznym osadu moczu i braku widocznych zmian w pęcherzu w badaniu cystoskopowym wskazane jest pobranie „wrywkowych” wycinków z pęcherza i cewki sterczowej (w przypadku mężczyzn).
- E. wszystkie powyższe stwierdzenia są fałszywe.

**Nr 114.** Który z guzów niezłośliwych ściany klatki piersiowej należy usunąć z bardzo szerokim marginesem niezmienionych tkanek, ze względu na skłonność do wznów miejscowych?

- A. chrząstniak.
- B. dysplazja włóknista kości.
- C. ziarniniak kwasochłonny.
- D. wyrośl chrzęstno-kostna.
- E. włókniec.

**Nr 115.** Przeciwwskazaniem do elektrochemioterapii (ECT), w raku piersi, nie jest:

- A. niewydolność nerek.
- B. podeszły wiek.
- C. śródmiąższowe zwłóknienie płuc.
- D. alergia na lek.
- E. lokalizacja przerzutu w pobliżu portu naczyniowego.

**Nr 116.** Które zdanie dotyczące nerczaka płodowego (nephroblastoma, guz Wilmsa) jest nieprawdziwe?

- A. jest to jeden z najczęstszych guzów litych występujących u dzieci.
- B. jest najczęściej wykrywany podczas rutynowego badania klinicznego, a podstawą podejrzenia w kierunku tego rozpoznania jest powiększony obwód jamy brzusznej przy dobrym stanie ogólnym dziecka.
- C. podstawowym, wstępnym badaniem obrazowym jest ultrasonografia.
- D. leczenie rozpoczyna się od chemioterapii adjuwantowej, bez weryfikacji histopatologicznej (tylko na podstawie badania klinicznego oraz badania usg).
- E. nerczak płodowy nie daje przerzutów ani drogą chłonną ani krwionośną; jest guzem miejscowo złośliwym, z tendencją do wznów miejscowych, obserwowanych u około 30% chorych.

**Nr 117.** Które zdanie na temat biopsji węzła wartowniczego jest prawdziwe?

- A. biopsja węzła wartowniczego jest zabiegiem diagnostycznym, stosowanym wyłącznie w czerniaku i raku piersi.
- B. mikroprzerzuty w węźle wartowniczym, w raku piersi, skłaniają do podjęcia decyzji o usunięciu całej grupy regionalnych węzłów chłonnych.
- C. technika SNOLL służy do wykrywania zmian wieloogniskowych w piersi.
- D. niezłośliwe znamiona barwnikowe, o wysokim indeksie mitotycznym, są wskazaniem do wykonania biopsji węzła chłonnego wartowniczego.
- E. czerniak o grubości 0,70 mm, o wymiarach 15x20 mm, bez mikroowrzodzenia, usunięty z marginesem 11 mm, jest wskazaniem do wykonania biopsji węzła wartowniczego.

**Nr 118.** Swoistość testu, stosowanego w badaniach przesiewowych, jest to cecha, która pokazuje odsetek:

- 1) chorych na nowotwór w stosunku do całej badanej populacji;
- 2) wyników fałszywie ujemnych;
- 3) zdrowych w badanej populacji;
- 4) wyników fałszywie dodatnich;
- 5) zdrowych wśród zdrowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,4.                      B. 2,3.                      C. tylko 2.                      D. tylko 4.                      E. 4,5.

**Nr 119.** Wskaż fałszywe stwierdzenie dotyczące obserwacji po leczeniu czerniaka:

- A. w ciągu pierwszych 3 lat po leczeniu czerniaka o większym ryzyku zaleca się intensyfikację kontroli w tym okresie, głównie w celu wykrycia ewentualnego nawrotu lokoregionalnego.
- B. w czerniakach w stopniach zaawansowania I stosuje się rutynowo w kontroli badania obrazowe, jak ultrasonografię jamy brzusznej.
- C. badanie MR mózgu można stosować opcjonalnie w kontroli chorych w stopniu IIC i IIIC przez pierwsze 2-3 lata.
- D. podczas badań kontrolnych obowiązuje badanie całej skóry chorego, a nie tylko okolicy, w której rozwinął się uprzednio ten nowotwór, w związku ze statystycznie większą szansą rozwoju drugiego niezależnego ogniska czerniaka lub innego nowotworu skóry.
- E. do oceny regionalnych węzłów chłonnych — oprócz badania palpacyjnego — można stosować badanie USG, zwłaszcza w przypadkach, gdzie nie wykonano wcześniej biopsji węzła wartowniczego.

**Nr 120.** W jakich sytuacjach klinicznych w raku piersi są wskazania do biopsji węzła wartowniczego?

- 1) w raku zrazikowym *in situ*;
- 2) w raku piersi u mężczyzn;
- 3) w przerzucie do piersi;
- 4) w mięsaku piersi;
- 5) w metaplastycznym raku piersi;
- 6) w chłoniaku piersi.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** tylko 2.      **B.** 1,3.      **C.** 3,4,6.      **D.** 2,5.      **E.** 2,3.

**Dziękujemy!**